

O interior do Paraná e as políticas sanitárias de 1916-1930: a inserção do caboclo na ideologia de construção nacional

Carmem Silvia da Fonseca Kummer

A partir da década de 1910 uma nova forma de conhecimento e prática sobressai no meio intelectual e científico brasileiro: o "sanitarismo rural", a "descoberta dos sertões". As viagens pelo interior do Brasil representadas por comissões médicas advindas especialmente do Instituto Oswaldo Cruz, tiveram a partir de 1912 uma grande importância no que diz respeito a assuntos relacionados com as condições sanitárias e higiênicas das mais remotas regiões brasileiras, bem como as denúncias das péssimas condições sociais pelas quais passavam o sertanejo brasileiro.¹

Quatro anos depois, em 1916, o Instituto Oswaldo Cruz publica um interessante caderno de viagem dos médicos Arthur Neiva e Belissário Pena, *Saneamento no Brasil*, o qual relata as campanhas sanitárias empregadas em Goiás e algumas cidades do Nordeste tendo em vista o combate de endemias como a malária e a ancilostomose.² Inicia-se, a partir desse momento, um amplo processo de saneamento pelos sertões do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso, Amazonas, Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Sergipe etc, apoiado pelo Governo Federal e pela comunidade científica.³

O resultado imediato foi o crescimento das atividades federais em questões relativas à saúde da população rural nos estados. Os custos derivados da perda de autonomia estadual eram percebidos como menores do que os custos de implementação dos próprios serviços de saúde relativos aos tratamentos dispensados. Com isso, já em 1922 estavam em funcionamento 88 postos sanitários rurais em 15 estados e no Distrito Federal.

Para os membros da elite médica e política do país, era impossível garantir o desenvolvimento social sem solucionar os problemas de um povo constituído em sua grande maioria por enfermos. Desse modo, o pensamento nacionalista voltou-se para o problema da integração das áreas rurais, como busca de uma verdadeira nacionalidade. Além disso, havia

um ideal político que tinha como base a incorporação do caboclo como cidadão sadio, apto a contribuir para o desenvolvimento econômico. A construção nacional era uma tarefa que não podia basear-se sem a valorização da vida e da saúde da população brasileira.

O Paraná não ficou de fora deste programa que mais tarde denominou-se *Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná*, cujos médicos nomeados por Oswaldo Cruz para dirigir essa campanha, relataram e tentaram modificar as péssimas condições sanitárias das cidades do litoral e do norte paranaense.⁴ Morretes, Tomazina, Antonina, Porto de Cima, Paranaguá, Irati, Ponta Grossa, Jacarezinho, entre outros municípios, receberam a visita dos médicos da *Comissão de Prophylaxia Rural do Paraná*, os quais forneceram tratamentos específicos para o combate de verminoses, bem como relataram o grave quadro sanitário e de saúde de regiões esquecidas e abandonadas pelas autoridades políticas.

É nesse contexto que, em 1918, lê-se num importante periódico veiculado em Curitiba – *Paraná Medico* – um depoimento marcadamente nacionalista do Dr. Eduardo Leal Ferreira. O artigo deste médico tem como objetivo chamar a atenção da elite política e médica brasileira para a urgente busca pela recuperação física e moral do sertanejo paranaense, o qual "não tem a mesma condição que antes tinha de levantar uma picareta para trabalhar no roçado pois as enfermidades endêmicas aviltam sua saúde e seu corpo".⁵ A intenção do médico-sanitarista ao longo de seu artigo é ressaltar a imagem do caboclo paranaense em vista da sua recuperação física, operosidade e contribuição para o desenvolvimento da nação.

Ao apontar, portanto, a "questão fundamental para a grandeza de nossa Pátria, essa do saneamento do país e da prophylaxia rural das populações rurais, para alcançarmos a formação do homem forte", Dr. Leal Ferreira finaliza seu discurso pedindo a colaboração de todos os brasileiros (estudantes, jornalistas, engenheiros, políticos, etc) "nessa obra de verdadeira reorganização nacional e que a nenhum de nós pode ser indiferente".⁶

Tendo em vista que o período compreendido pelos anos de 1916 a 1930 foi marcado por um forte movimento sanitário nos meios rurais da maioria das regiões brasileiras, é necessário

analisar como se processou a atuação médica neste espaços, identificando quais foram as práticas e modelos de medicalização escolhidas e almejadas para sanar as endemias e epidemias que permeavam os municípios do interior. Preza-se por esta análise devido ao fato de que o aspecto ideológico das políticas sanitárias no meio rural não pode ser desvinculado das experiências médicas ocorridas de fato nas regiões sertanejas. Para tanto, o conceito foucaultiano de *medicalização da sociedade* possibilitará a reflexão sobre o processo das práticas e políticas médicas empregadas nos sertões paranaenses, bem como a eficiência e os resultados obtidos.

Conforme a perspectiva de Foucault, os modelos de medicalização empregados no Ocidente a partir do século XVIII consistiam na distribuição dos indivíduos uns aos lado dos outros, bem como isolá-los, individualizá-los, vigiá-los, constatar o estado de saúde de cada um e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro.

No século XIX, o médico deixou de ter uma função terapêutica e individual, ou seja, alguém que apenas curava as pessoas. Era atribuição sua desenvolver estratégias almejando a saúde da população. A prevenção contra a promiscuidade e a decadência da vida social acabou se tornando o suporte para justificar sua atuação nos espaços urbanos, cumprindo o papel de "vigilante da sociedade", "controlador de hábitos e comportamentos" Enfim, o médico começa a extrapolar os limites de sua função de apenas curar os indivíduos, passando a disputar as instâncias do controle social.

Portanto, o processo em que a Medicina começa a atuar na cidade podemos designar como *medicalização da sociedade*. A jurisdição sobre a recuperação e manutenção da saúde cabia ao médico, contudo, sua função não se limitava somente a esse aspecto. A atuação dele na cidade, representada por sua intervenção no que diz respeito ao planejamento urbano junto aos engenheiros, foi importante na medida que prevaleceram suas determinações acerca da

drenagem de pântanos, transferência de fábricas de matadouros para longe do quadro urbano, canalização de rios e córregos, etc.

Nessa perspectiva, é possível entender a atuação médica no meio rural paranaense através de três formas: a educação e a normatização do indivíduo garantida pelos métodos profiláticos; a intenção por uma reforma urbana; e o diagnóstico e tratamentos específicos no combate das doenças.

Com relação à profilaxia e prevenção, Dr. Leal Ferreira sugere a construção de escolas no meio rural a fim de explicar "aos filhos do nosso sertanejo noções simples que evitam males ruinosos. O que o medico não consegue ensinar pela acção ou pela persuasão, o livro o fará, incutindo nesses cerebros que ainda não adormeceram, as regras tão faceis, tão assimilaveis, da vida vigiada, defendida e victoriosa pela hygiene".⁷

A norma caberia bem nesse momento. Ela se cristalizaria nas palavras médicas dirigidas ao caboclo, sobre o que este deveria fazer com seu corpo, comportamento e higiene. A lei não obteria os mesmos resultados que a norma, uma vez que sua existência não implica obediência. A norma, pelo contrário, atinge mais rapidamente a população pois seu efeito se torna mais presente no cotidiano sob as palavras do professor e do médico. Contudo, há um objeto indefinido nessa discussão. Houve, realmente, uma obediência às normas médicas impostas no meio rural? Devido a um número restritivo de dados, é difícil responder a essa questão, todavia, Dr. Leal Ferreira nos dá uma pista: "Em seu relatório o Snr. Leinig critica a acção do Snr. Dr. Julio Szymanski, que se limitava a registrar o numero de doentes sem se preocupar com o seu tratamento nem com os conselhos e cuidados reclamados pela população."⁸

Imbuídos por um comprometimento social, não só a profilaxia, balizada pela norma, constituía o discurso médico. Ou seja, muitos deles percebiam a urgente e necessária reforma urbana pela qual deveriam passar os "pobres" e "atrasados" municípios" do litoral paranaense. Tal reforma se daria, segundo seus conselhos, através da ampliação de serviços de

saneamento – como o abastecimento de água e coleta de esgotos –, fornecimento de crédito agrícola e construção de farmácias, postos de saúde e estradas.

Conforme os relatos do Dr. Souza Araújo, foram iniciados em Tomazina– sem indicação de término – os serviços de construção de latrinas, limpeza dos quintais, roçados, terrenos baldios e margens de rios. A intervenção médica se deu por conta das inúmeras intimações realizadas pela *Comissão de Prophylaxia Rural* aos habitantes e autoridades do município, cujo principal objetivo era a construção de fossas e latrinas em todas as casas. Espinhoso foi este objetivo, pois "foi-nos tarefa difícil fazer a população cumprir as nossas intimações. Conseguimos fazer construir apenas 30 fossas novas e melhorar algumas das raras existentes." ⁹

É possível perceber que a *medicalização da sociedade*, representada nesses casos sob a intervenção médica no meio urbano, caracterizou-se por um emaranhado de relações complexas e específicas. Se em alguns países europeus as condições de reforma urbana foram mais intensas e propaladas, aqui a falta de recursos financeiros dificultou em muito a concretização de importantes obras de saneamento. A queixa dos médicos incide, normalmente, na morosidade do planejamento e operação da construção de latrinas, fossas, etc. Se não bastasse isso, a falta de apoio de algumas autoridades, como os prefeitos, e dos próprios habitantes dos municípios contribuíram para o impedimento de uma melhor efetivação dos serviços sanitários. Dessa maneira, nota-se os condicionantes exteriores que dificultavam o desempenho médico no meio rural.

A terceira forma de perceber os modelos médicos aplicados no interior do Paraná e que pareceu ser, até este momento, o mais efetivo, são duas especialidade que até hoje observamos: o diagnóstico clínico e os tratamentos dispensados.

No relatório médico do Dr. Souza Araújo, podemos perceber algumas das propostas e práticas da atuação médica no meio rural diante de uma ocorrência epidemiológica. Em primeiro lugar, a instalação de postos sanitários para que o médico pudesse realizar seu

trabalho clínico e laboratorial era imprescindível. Em segundo lugar, a divisão de zonas no município, realizada por guardas-sanitários, contemplaria a busca de informações relativas ao local da cidade em que há o maior foco de doenças, bem como o estabelecimento de índices de mortalidade e de saúde, ou melhor, a falta dela. Por isso, o recenseamento, prática comum no trabalho dos médicos franceses, auxiliaria na contagem dos indivíduos doentes com relação aos saudáveis e, assim, definir a porcentagem da população que estava sofrendo os males da epidemia ou endemia. Os dados estatísticos compilados seriam mais tarde entregues ao governo do estado do Paraná e à União para que a elite política pudesse ter uma visão contundente da realidade brasileira com relação à saúde. Em terceiro lugar, os doentes recebiam nos postos de saúde os medicamentos, conforme o tipo de doença que comprometia sua saúde.

Até aqui, nos deparamos com as duas principais atividades atribuídas ao exercício médico e que configura, até certo, ponto a medicalização da sociedade: o diagnóstico clínico e a receita de uma tratamento que promoverá a cura. No entanto, se tomarmos como modelo os verdadeiros processos de medicalização da sociedade, o qual previa, dentre outras atuações, a construção de asilos, hospitais, clínicas, etc. que pudessem promover um permanente, amplo e geral tratamento de doentes, podemos perceber a incipiente medicalização que ocorreu nestes municípios. Não há registro nos cadernos de viagem que houve construção permanente de hospitais ou clínicas, apenas postos de saúde itinerantes que eram fechados após a cura da maioria da população. Portanto, os exames clínicos e os tratamentos dispensados não tiveram caráter duradouro e permanente, pelo contrário, foram inseridos no interior paranaense configurando-se como um caráter emergencial para que as endemias fossem interrompidas o mais rápido possível.

As campanhas sanitárias pelos sertões de muitas regiões brasileiras constituíram, portanto, um movimento que se destacou sobretudo pelo seu caráter ideológico e político. Como Lima e Hochman apontam, "este movimento teve um papel central e prolongado na

reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro".¹⁰ O debate de como inserir o caboclo brasileiro na sociedade previa, acima de tudo, sua recuperação física que estava comprometida por doenças endêmicas. Os médicos tiveram, pois, grande importância nessa questão, visto que suas visitas e viagens às mais remotas regiões sertanejas resultaram em algumas melhorias da saúde do caboclo.

No entanto, como vimos, tais melhorias devem ser relativizadas. A atuação médica em alguns municípios paranaenses foi complexa e influenciada por fatores externos ao esforço e competência médica. Os próprios municípios revelam isso, uma vez que em determinados lugares o conhecimento médico pôde ser introduzido com maior eficácia, enquanto outros, ora por falta de verbas, ora por hostilidade, não permitiram um eficiente trabalho médico.

Por fim, o diagnóstico médico sobre o Brasil e as soluções apontadas tiveram conseqüências que ultrapassaram o curto período histórico analisado. O movimento pela reforma da saúde pode ter seus impactos avaliados na reorganização dos serviços sanitários federais que se ampliaram ao longo dos anos 20 e, sobretudo, após 1930. Além disso, este movimento reivindicou para os médicos um papel decisivo na gestão de saúde pública.¹¹

Ainda que de pouco alcance e reduzida eficácia, a legislação e as políticas de saúde do período lançaram as bases para campanhas subsequentes e romperam, aqui e ali, a inércia ou a resistência das camadas populares e sobretudo das autoridades políticas. Assim, o movimento pelo saneamento do Brasil teve conseqüências de longo prazo em termos de políticas públicas e identidades profissionais, apesar de que seus diagnósticos e argumentos ajudaram a legitimar a presença do Estado no campo da saúde pública desde a década de 1910.¹²

¹ Os principais trabalhos a abordar a campanha do saneamento rural foram realizados por Luiz Antonio de Castro Santos (1985,1987), Nisia Trindade Lima (1991) e Gilberto Hochman (1991,1993). Os trabalhos ressaltam especialmente o tema da ideologia de construção nacional como dimensão mais relevante do movimento sanitário.

² SANTOS, Luiz A. de Castro. O pensamento sanitário na Primeira República. Uma ideologia de construção da nacionalidade. In: *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

³ Em 1919, o presidente Delfim Moreira expediu o decreto 13.538, o qual previa a reorganização do Serviço de Prophylaxia rural que passava a ser vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Através deste decreto, estabeleceu-se como prioridade o combate contra a malária e a doença de Chagas em âmbito nacional, bem como a união entre os estados e o Governo Federal para erradicar as principais doenças endêmicas. In: LIMA, Nísia Trindade; BRITTO, Nara. Salud y nación: Propuesta para el saneamento rural. Un estudio de la revista Saúde (1918-1919). In: CUETO, Marcos (Ed). *Salud, Cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP. Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 135-158.

⁴ Importa ressaltar que a *Prophylaxia Rural do Paraná* foi organizada através do decreto nº 13.001 expedido pelo governo estadual.

⁵ FERREIRA, Leal. Saneamento do Brasil. In: *Paraná Médico*. Órgão da Sociedade de Medicina do Paraná. Anno III. Corityba, 19 de Setembro de 1918. num. 2. p. 407.

⁶ *Idem*, p. 404.

⁷ *Idem*, p. 408.

⁸ *Idem*, p. 502.

⁹ ARAÚJO, Heraclides C. de Souza. *Prophylaxia Rural no Estado do Paraná*: Esboço de geographia medica. Livraria Economica: Curityba, 1919. p. 49.

¹⁰ "A descoberta da importância sociológica da doença foi incorporada por parte considerável daqueles que refletiram sobre o Brasil e sobre a identidade de ser brasileiro. A identificação da doença como o principal problema do país não o condenava à barbárie eterna mas, ao contrário, apontava os instrumentos para sua superação: a ciência médica e as políticas públicas de saúde e saneamento. In: LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República". In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

¹¹ LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. op. cit. p.121.

¹² *Idem*, p.122.